



契約內容變更申請書 (簡式)

◎填寫前請先詳閱相關注意事項說明，並僅需填寫變更後內容。
◎本申請書適用無須被保險人簽章變更項目。
◎本申請書不得影印使用。

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

本申請書經 貴公司同意簽章後構成原契約之一部份，其契約內容變更如下：

代號/項目	契約變更內容
<input type="checkbox"/> 01 地址變更 【要保人】	住所(通訊地址)： <input type="checkbox"/> 本人同意以本申請書所填載之通訊資料為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之通訊資料 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) 市 鄉 鎮 市 區 路 街 段 巷 弄 街 號 棟 室 戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同上述要保人住所(通訊地址) <input type="checkbox"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox">(郵遞區號) <input type="checkbox"/>本人同意以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之戶籍地址 市 鄉 鎮 市 區 路 街 段 巷 弄 街 號 棟 室 E-mail：<input type="text"/> (在中國人壽所有有效個人保單之E-mail將併同更新) 聯絡電話：住家() 公司() (分機) 行動</input></input>
<input type="checkbox"/> 02 收費管道變更	變更後收費管道為 自繳件 【限有開放自繳險種適用】 (原收費員申辦自繳件生效後即不得再變更回收費員件) (變更收費管道為「信用卡付款」或「金融機構轉帳」者，請填寫「轉帳授權申請暨約定書」)
<input type="checkbox"/> 04 繳別變更	變更後繳別為 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳
<input type="checkbox"/> 06 墊繳選擇權變更	主契約有保險費墊繳條款者，要保人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 保險費自動墊繳 <small>本保單於有效期間得因應繳之續次保費於超過寬限期時，仍未交付應繳保險費時，按期自合併同一保單號碼中當時主、附約之保單價值準備金，同時自動墊繳續次保險費，不足墊繳整期保費時則墊繳到日。墊繳範圍為墊繳當時同一保單號碼下之主契約、附約之應繳保費及利息。</small>
<input type="checkbox"/> 05 紅利選擇權變更	變更後紅利選擇權為 <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳應繳保險費 <input type="checkbox"/> 現金給付 <input type="checkbox"/> 以繳清保險方式增加保額
<input type="checkbox"/> 07 集體彙繳變更	<input type="checkbox"/> 申請加入現有彙繳團體/新成立彙繳團體 【申請時需另外填寫「個人壽險集體彙繳申請書」】 <input type="checkbox"/> 申請退出現有彙繳團體
<input type="checkbox"/> 37 結清保單紅利 【請填寫匯款帳號】	<input type="checkbox"/> 結清儲存生息保單紅利 【適用強制分紅與美式分紅險種】 <input type="checkbox"/> 結清保單紅利保額 <input type="text"/> 元 【適用英式分紅險種】 ，申請原因： <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 35 補發保險單	申請補發保險單(依約定之保單型態進行補發)：原保險單因申請補發保單即視同作廢，任何人不得再執原保險單主張任何權利。 (保單型態為紙本，需收取工本費新台幣100元)
<input type="checkbox"/> 15 主契約保額異動	<input type="checkbox"/> 主契約保額 【降低】 為 <input type="text"/> 萬元/計畫/單位，申請原因： <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 16 附加契約異動	<input type="checkbox"/> 取消附加契約如右 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 取消所有附加契約

匯款帳號(適用本次變更退費使用) **【限要保人帳戶，如有應付予要保人之款項，除已另有約定給付方式外，本公司將款項匯入下列帳戶。】**

銀行(郵局) 分行(局號)/帳號

※本人因事不克親至 貴公司辦理保險契約 事宜，茲委任 君代為處理，與本人關係為 。

<p>業務員/受託人/見證人填寫欄</p> <p>業務單位： 業務員：(簽章) 登錄證字號： 聯絡電話： 單位/分行主管：(簽章) 受託人：(簽章) 見證人：(簽章) 經紀人代理人公司之簽署人：(簽章)</p>	<p>本人(要保人)已詳閱本申請書內容與背面「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」、注意事項，並已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。</p> <p>此致 中國人壽保險股份有限公司</p> <p>要保人：<input type="text"/> (簽章) 法定代理人：<input type="text"/> (簽章) (請填寫下列資料) 法定代理人身分證字號/出生日期/國籍/關係：<input type="text"/> ◎ 本公司未授權業務人員收取現金/支票繳交契約變更補費款項，請見注意事項 ◎ 要保人未滿七足歲或無行為能力者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺指印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。 ◎ 要保人未滿 20 歲或無行為能力者，需法定代理人簽名及填寫關係。 ◎ 為維護 您的權益：請使用要保書樣式簽章，並請勿於空白的申請書上簽章。 聯絡電話：<input type="text"/> 申請日期：<input type="text"/>年<input type="text"/>月<input type="text"/>日 如有電訪需求時，要保人之合適電訪時間 <input type="checkbox"/>上午(8:30-12:00) <input type="checkbox"/>下午(13:00-18:00) <input type="checkbox"/>不拘</p>
--	---

(本申請書所有簽名部份應由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任)

保險單批註專用欄：

註：本契約變更申請書未經加蓋本公司核保專用章不生效力。

核保專用簽章：



* P Q 1 1 Q 9 Q 1 *

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱

- 一、 蒐集之目的：(一)○○一 人身保險 (二)○四○ 行銷 (三)○五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用 (四)○六九 契約、類似契約或其他法律關係事務 (五)一八一 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務
- 二、 蒐集之個人資料類別：(一)姓名(二)身分證統一編號(三)地址等聯絡方式(四)病歷、醫療、健康檢查(五)財務狀況(六)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容
- 三、 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式
- 四、 依據個資法第三條規定， 台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 向本公司請求補充或更正。3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：書面。
- 五、 台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。

填寫申請書時之注意事項

1. 本申請書構成原契約之一部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。
2. 本申請書填寫時如有塗改，請要保人於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 各項申請或變更如須加收保費或其他費用者，未經本公司通知收費，請勿先行繳付各項費用。
4. 要/被保險人申請變更時未滿20歲，申請書須經法定代理人簽名同意。
5. 本公司於必要時得修訂以上之規定。
6. **自行郵寄申請書辦理者，請郵寄至 403 台中市西區五權路2-107號11樓 保單作業部收**
7. *繳費方式說明*
A、 劃撥繳款：劃撥單至郵局劃撥繳款(如以劃撥方式繳款，其代收手續費用將由公司支付。) 劃撥至以下帳戶：帳號：50109667號 戶名：中國人壽保險股份有限公司，並請於劃撥單背面通訊欄註明保險單號碼、要保人姓名。
B、 匯款單：持全行代收專戶繳款單至代收銀行機構繳款。



中國人壽客戶服務專線：0800-098-889; 海外諮詢專線(須付費)：該國國際冠碼+886 4-3608-3600

公司使用欄

<input type="checkbox"/> 申請書上有立可白/立可帶...等之塗改處，請註明： _____
<input type="checkbox"/> 與實體文件相符
<input type="checkbox"/> 實體文件不清楚
<input type="checkbox"/> 已附轉帳授權書/薪扣同意書
<input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____

主管：	核保人員：	經辦：
-----	-------	-----

受理號碼	通訊處受理	保單作業部受理

